FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année .....

N° 983

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

GARREAU Françoise

née le 11 Mai 1934 à Paris

Présentée et soutenue publiquement le 1962

" LA LITHIASE BILIAIRE AUX DIFFÉRENTS AGES DE LA VIE "

" PARTICULARITÉS CLINIQUES, DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES "

Président : M. DEPARIS, professeur

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année _____ N° _____

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(diplôme d'etat)

PAR

GARREAU Françoise née le

11 Mai 1934 à PARIS.

Présentée et soutenue publiquement le 1962.

"LA LITHIASE BILIAIRE AUX DIFFERENTS AGES DE LA VIE"

"PARTICULARITES CLINIQUES, DIAGNOSTIQUES ET THERAPEUTIQUES"

Président : M. DEPARIS, Professeur

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41538119_0023

A Monsieur le Professeur DEPARIS
qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse et me guider dans sa préparation.

A mes Maîtres.

A mes parents,

A mes frères et soeurs,

A toute ma famille.

A mes amis,

A tous ceux qui m'ont aidée et guidée dans la recherche de mon orientation définitive.

La lithiase biliaire survient avec une très nette prédominance chez la femme : dans 70 à 80 % des cas pour Chabrol, deux à trois fois plus souvent que chez l'homme, en Europe, pour Carcli.

Cette prédominance féminine apparaît surtout pour les lithiases découvertes à l'occasion de manifestations cliniques. Il n'en va pas de même lorsqu'on considère les résultats d'autopsie. La prédominance féminine de la lithiase apparaît, alors, beaucoup moins importante : les recherches nécropsiques faites à l'hôpital de Copenhague de 1910 à 1931 montrent 4,9 % de lithiases biliaires masculines pour 11,27 % de lithiases féminines.

Si on confronte les statistiques cliniques et les statistiques d'autopsie, on trouve cliniquement : une lithiase masculine pour quatre lithiases féminines, alors qu'à l'autopsie on trouve une lithiase masculine pour deux lithiases féminines. La lithiase biliaire est beaucoup plus volontiers latente chez l'homme que chez la femme.

On y voit pour cause la moins grande sensibilité du système neuro-végétatif de l'homme. Ce sont en effet souvent des manifestations neuro-végétatives qui révèlent

la lithiase chez la femme.

L'âge où la lithiase se manifeste le plus volontiers se situe entre 40 et 60 ans, mais sa date d'apparition peut être bien antérieure.

Les calculs prennent naissance dans la vésicule, mais aussi dans les voies biliaires elles-mêmes : c'est plus rare. Un calcul trouvé dans le cholédoque peut être d'origine vésiculaire et avoir secondairement migré dans le cholédoque, mais peut aussi avoir pris naissance dans le canal même, ou dans le canal cystique, faisant rechercher une anomalie congénitale ou inflammatoire à ce niveau.

Quelle que soit leur origine, il peut s'agir de calculs de cholestérine, solitaires ou peu nombreux, ovoïdes, jaunâtre, transparents au RX. Ils représentent 6 à 15 % des calculs, contiennent 98 à 99 % de cholestérine, avec quelques faibles traces de calcium et de protéines.

Soit de calculs cholesterino-pigmentaires multiples à facettes, emboîtés les uns dans les autres, opaques aux RX. Ils représentent 82 % des calculs. Ce sont de beaucoup les plus fréquents. Ils contiennent 94 % de cholestérine, 2.0 % de calcium, 3 % de pigments.

Soit de calculs pigmentaires durs, coraliformes. Ils représentent 3,2 à 10 % des calculs.

Enfin, très rarement, de calculs de carbonate de chaux.

Cliniquement, la présence de calculs dans la vésicule, et même dans la voie biliaire principale, peut rester absolument muette. Ce sera une découverte d'examen systématique ou d'autopsie.

Lorsque la lithiase donne lieu - et c'est quand même le cas le plus fréquent - à des manifestations cliniques, celles-ci varient avec le siège des calculs.

La présence de calculs dans la vésicule peut ne se manifester que discrètement, par des troubles dyspeptiques :

- parfois vagues, variables, difficiles à rattacher à leur cause, en l'absence de confirmation radiologique, ils évoquent une dyspepsie fonctionnelle.

- ailleurs, ils simulent une lésion organique : gastrique, en particulier : un ulcère.

- mais il arrive que ces troubles dyspeptiques soient si importants qu'il entraînent, par leur prolongation, une grave altération de l'état général. Ils sont, dans ces cas, une indication à l'intervention, qui trouve alors une cholécystite chronique.

Mais, c'est souvent une crise de colique hépatique qui révèle brusquement et bruyamment la lithiase biliai-

re : douleur sous costale droite intense, continue, avec des paroxysmes, bloquant la respiration, irradiant en ceinture dans le dos et à l'épaule droite, mais parfois, douleur épigastrique, et même de l'hypochondre gauche, elle s'accompagne d'une intolérance gastrique absolue, parfois d'un syndrome occlusif. Elle est suivie par un fébricule, une cholurie discrète.

Elle peut être sans lendemain, comme elle peut être le premier signe d'une complication mécanique ou infectieuse.

Les complications infectieuses de la lithiase vésiculaire.

Le plus souvent - et d'autant plus qu'elle contient des calculs multiples à facettes - la vésicule lithiasique est le siège de phénomènes inflammatoire et infectieux. La forme habituelle est la cholécystique chronique : la paroi vésiculaire est d'abord le siège d'une hyperplasie musculaire, puis, la vésicule se rétracte sur les calculs : elle devient scléro-atrophique. Il est alors impossible de différencier muqueuse et musculeuse, qui sont atrophiques et remplacées par un tissu fibreux hyalin parsemé d'infiltrats leucocytaires.

Cette cholécystite chronique peut, ou rester latente, ou donner lieu à des signes cliniques discrets :

quelques douleurs, quelques pesanteurs de l'hypocondre droit, avec quelques poussées fébriles ou ictériques, ou enfin se manifester plus bruyamment par une poussée aigüe où, à la douleur typique, s'ajoute un syndrome infectieux sévère. Localement, la palpation de la région sous-costale droite est douloureuse, et bloque la respiration profonde. Elle rencontre une défense et même une contracture plus ou moins étendue.

- sous ces signes de cholécystique aigüe, en apparence banale, peut parfois se cacher une <u>forme grave</u> : <u>empyème vésiculaire</u> ou <u>cholécystite gangrèneuse</u> avec son risque de rupture. En effet, il s'en faut qu'une telle forme soit toujours accompagnée de signes toxiques. La difficulté de reconnaître de telles formes graves est le plus gros argument des auteurs, qui prônent l'intervention chirurgicale immédiate de toute cholécystite aigüe.

- la survenue, au cours d'une cholécystite aigüe, de frissons, de fièvre élevée, avec ictère et gros foie, ferait porter le diagnostic d'<u>angiocholite associée</u>.

- livrée à elle-même, la cholécystite aigüe risquerait d'évoluer soit vers la <u>péritonite biliaire généralisée</u>, par rupture vésiculaire, ou suffusion biliaire à travers la vésicule, soit vers le <u>plastron vésiculaire</u> et son risque d'abcédation et de rupture en trois temps.

Dans certains cas, sous traitement médical, les signes peuvent s'amender rapidement et complètement disparaître, mais tout malade ayant fait une crise de cholécystite aigue est candidat à l'intervention à froid dans les mois qui viennent, car un véritable bloc scléro- inflammatoire risque de se constituer à bas bruit, enserrant des collections purulentes refroidies, susceptibles de se réveiller, englobant la voie billiaire principale, source de sténose, avec son risque d'ictère par retention secondaire, englobant aussi les organes avoisinants: duodénum, colon, ajoutant aux signes de la série biliaire des troubles dyspeptiques gastriques ou intestinaux.

- Dans d'autres cas, malgré le traitement antibiotique, après une amélioration transitoire, les signes réapparaissent, s'étendent. Il ne faut plus attendre et intervenir rapidement.

- Au voisinage d'une vésicule infectée, le foie est le siège de phénomènes inflammatoires: hépatite mesenchymateuse épaississant la capsule de Glisson, et les travées conjonctives qui s'enfoncent dans la glande.

Hépatite parenchymateuse: l'infection, partie de la vésicule, gagne le foie par les lymphatiques et les veines portes accessoires. Cette hépatite latente, clini-

quement, est responsable de l'altération des épreuves fonctionnelles hépatiques et de poussées ictériques, à la suite d'une poussée vésiculaire douloureuse et fébrile.

- On peut même observer une cirrhose localisée au voisinage de la vésicule, en dehors de tout facteur cholostatique.

- Mais, si le foie est constamment touché au cours de la cholécystite, le pancréas aussi peut être atteint, et avec une fréquence aussi grande qu'au cours des obstructions cholédociennes.

Les complications mécaniques de la lithiase biliaire.

Les calculs contenus dans la vésicule peuvent migrer dans les voies biliaires et s'y bloquer. Ce n'est que s'ils sont très petits qu'ils pourront être éliminés. Leur présence provoque en regard dans les canaux biliaires, des phénomènes inflammatoires responsables d'un obstacle complet à l'écoulement de la bile.

S'ils se bloquent dans le cystique, l'attention est attirée par l'intensité particulière de la douleur de l'hypochondre droit, où apparaît bientôt une tuméfaction volumineuse, qui, dans les 24 ou 48 premières heures, peut

être masquée par la contracture. Il faut intervenir rapidement; en effet, en regard du calcul enclavé, la muqueuse se sphacèle, d'où risque de rupture. D'autre part, la nécrose est très favorable au développement des anaérobies aboutissant à la gangrène.

Mais l'obstruction du cystique ne revêt pas toujours cet aspect aigu. De toutes façon, il faut intervenir, car de tels accidents se reproduiront sûrement, peut-être beaucoup plus graves que le premier. Parfois, à l'intervention, on a la surprise de trouver une vésicule dont le contenu est apigmentaire: c'est l'hydrocholécyste.

L'obstructoin du cholédoque.

Calcul vésiculaire, ayant migré ou calcul autochtone obstruant le cholédoque sont souvent quelque temps absolument latents.

- La première manifestation est souvent une poussée angiocholitique sans ictère clinique.

C'est une poussée fébrile, avec de nombreux frissons, pseudo-palustre. Si l'hémoculture est positive au colicabille, on pense à la possibilité d'une lithiase cholédocienne. On recherche, évoluant parallèlement à la

poussée fébrile, des signes biologiques de retention biliaire. Il faut intervenir d'urgence. En l'absence de traitement immédiat, l'évolution se ferait vers l'apparition d'abcès du foie, ou, à long terme, vers un processus cirrhotique cholostatique et infectieux. Une forme particulièrement grave est réalisée par l'angiocholite maligne, avec son ictère foncé, son oligurie, l'azotémie qui s'élève. La mortalité est importante, par insuffisance hépato-rénale ou défaillance cardio-vasculaire.

- De même que le seul signe d'un calcul cholédocien peut être la fièvre, il se peut qu'il se manifeste exclusivement par des douleurs, mais si ces douleurs se répètent à des intervalles courts, en l'absence de signes vésiculaires nets, malgré des tubages répétés, on est orienté vers la possibilité d'un calcul du cholédoque.

- L'ictère aussi peut être isolé, sans fièvre ni douleur, il simulerait un ictère néoplasique si on ne retrouvait la notion d'une gêne épigastrique au début de la retention.

- Parfois les signes sont au complet, douleur, puis fièvre, enfin ictère. Le diagnostic est alors facile.

- Bruyante ou muette, la retention entraine une altération du parenchyme hépatique aboutissant finalement

à la cirrhose dans la génèse de laquelle, entre deux facteurs: d'une part la cholostase, d'autre part un facteur infectieux. Cette cirrhose est reversible si le drainage est fait à temps. Outre le retentissement hépatique, le retentissement pancréatique est frécuent: pancréatite aigue ou chronique, enfin retentissement oddien: sclérose du sphincter oui est un facteur supplémentaire de stase et donc de lithiase secondaire.

Parmi les moyens de diagnostic de la lithiase, la radiographie occupe une place de premier plan. La radiographie sans préparation faite en position debout avec compression peut déjà montrer les calculs s'ils sont opaques aux rayons X. Parfois, seule la mince couche calcaire oui les recouvre est visible, lorsqu'il s'agit de calculs de cholestérine. Cette image cerclée est caractéristique d'un calcul biliaire. Le diagnostic est plus difficile s'il s'agit de calculs opaques, car des calcifications parenchymateuses ou des calculs renaux peuvent simuler des calculs biliaires. Cependant, des calculs à facettes, opaques, très nombreux, remplissant la vésicule, peuvent la rendre visible, permettant le diagnostic.

La radio sans préparation ne permet pas de

voir les calculs transparents aux rayons X. Ceux-ci ne pourront apparaître qu'après opacification de la vésicule.

La substance de contraste peut être prise par voie orale. On la fait prendre au cours d'un petit repas sans graisse, suivi d'un jeûne absolu jusqu'à l'examen radiographique qui a lieu 24 heures après.

Au moment de l'examen, on fait prendre un repas gras, précédé d'un verre d'eau glacée. On prend des clichés toutes les 10'.

On vérifie aussi l'état morphologique et fonctionnel de la vésicule. Si la vésicule se vide bien, on obtient de très belles images du cystique et du cholédoque, dont on peut étudier le fonctionnement, ainsi que celui de l'embouchure cholédoco-duodénale. Si tout est normal, on sera dispensé de la radio-manométrie peropératoire. Par contre, si la vésicule est exclue ou mal imprégnée, on ne voit pas la voie biliaire principale.

On s'adresse alors à l'angiocholécystographie intraveineuse qui montre les calculs contenus dans la vésicule dans un tiers des cas où celle-ci paraissait exclue sur la cholécystographie orale.

Normalement, la vésicule apparaît au bout de 30'. Son opacification est maximum au bout de deux heures.

Le cholédoque apparaît au bout de 30 à 45'.

Une injection de chlorhydrate de morphine permettra, en bloquant le sphincter d'oddi, de rendre mieux visible une vésicule qui n'apparaît pas au bout d'une heure.

Un repas de Boyden au bout de deux heures permet d'apprécier le fonctionnement de la vésicule et de la voie biliaire principale.

Le traitement médical de la lithiase biliaire.

Nous ne nous attarderons pas au traitement de la crise de colique hépatique: morphine-efficace malgré son action tonique sur le sphincter d'oddi-largactil, dolosal, palfium en cas d'intolérance aux opiacés. Repos au lit et diète hydrique pendant 48 heures. Les antibiotiques seront ajoutés en cas de fièvre, frissons, hyperleucocytose.

Nous nous rattacherons davantage au traitement de fond de la lithiase.

Le but du traitement médical est essentiellement d'aider à une meilleure tolérance d'une lithiase vésiculaire n'ayant pas donné lieu à de grosses complications ou d'une lithiase biliaire dont le traitement chirurgical est

momentanément ou définitivement impossible. Il comporte un régime alimentaire qu'on évitera de rendre trop sévère. Cependant, on diminuera dans l'alimentation la proportion de lipides, sans les exclure complètement. On choisira parmi eux: les plus digestes: beurre, huile de table. Le malade supprimera de lui-même les aliments pour lesquels il a remarqué une intolérance. On y associera des antispasmodiques.

Si le cystique est perméable, on utilisera chologogues et cholérétiques, qui, favorisant la circulation de la bile entre les calculs et le drainage des voies biliaires, ont un rôle antiseptique certain.

- Parmi ceux-ci, l'huile d'olive, prise à la dose d'une ou deux cuillers à soupe tous les matins est un des meilleurs.

- Les tubages duodenaux, avec instillation locale de sulfate de magnésie d'abord trois fois par semaine, puis plus espacés, les injections intra-veineuses d'hydrocholate de soude sont très utiles. Ils entrainent contraction vésiculaire, balayage cholérétique des voies biliaires, ouverture de la jonction cholédoco-duodenale.

- Les cures hydro-minérales, parmi lesquelles Vichy tient la meilleure place, peuvent jouer un rôle

important dans la tolérance d'une lithiase. Elles atténuent la répétition des crises et leur intensité. Elles fluidifient la bile, la rendent plus abondante et permettent une meilleure évacuation vésiculaire. Mais elles sont contrindiquées encas de lithiases compliquées: fébriles, ictérigènes, douloureuses à répétition.

En cas de lithiase cholédocienne, quand le traitement chirurgical qui normalement s'impose est impossible, on peut tenter la méthode de Geoffroy: pendant cinq jours, on donne une alimentation légère, et, matin et soir, à douze heures d'intervalle, une injection intra-veineuse de caréna. 6 heures après chaque injection, on injecte en intra-veineuse: sulfate d'atrophine et dycholium le matin à jeûn, on donne une à deux cuillers à café de sulfate de magnésie à titre laxatif. Si les calculs sont petits et le sphincter d'oddi perméable, on pourra parfois avoir la chance de retrouver le calcul dans les selles.

De même, le procédé Pibram: injection d'un mélange d'éther et d'alcool par le drain cholédocien, permet parfois l'élimination de calculs résiduels post-opératoires.

Le traitement chirurgical.

Nous l'avons vu plus haut: il est des cas où il

s'impose. C'est le blocage d'un calcul dans le cystique, l'obstruction cholédocienne, à plus forte raison quand elle s'accompagne de poussées d'angiocholite, la cholécystite gangreneuse, l'empyème vésiculaire, et,tôt ou tard, toute cholécystique aigüe.

La préparation médicale sera aussi soigneuse que possible. Elle comportera un bilan complet et surtout un bilan des fonctions hépatiques, un taux de prothrombine.

Dans la mesure du possible, la préparation médicale visera à permettre l'intervention chez un malade apyrétique et déjauni.

En présence d'une lithiase vésiculaire, deux interventions sont possibles: cholécystectomie et cholécystostomie.

La cholécystostomie ne sera réservée qu'aux cas où la cholécystectomie est impossible, en raison des conditions générales ou locales. Elle comporte l'ouverture large de la vésicule, la ressection partielle après avoir électro-coagulé la muqueuse. Elle laisse d'importantes séquelles.

Outre la possibilité de récidives, si on a l'occasion de réintervenir après plusieurs années, la vésicule apparaît étirée de son lit à la paroi abdominale,

rigide, incapable de se distendre. Souvent, elle est exclue. De plus, on laisse une vésicule susceptible de dégénérer.

Dans tous les cas où elle est possible, on préfère la cholécystectomie. Après avoir décollé la vésicule de son lit hépatique, on sectionne le cystique le plus près possible de son embouchure. La radio-manométrie est un temps capital de l'intervention. Elle permet de ne pas passer à côté d'un calcul du cholédoque associé. Mais il est des cas où cette exploration n'est pas possible. Il arrive que la cholécystectomie soit rendue très difficile par de multiples adhérences apparues au cours de la longue évolution d'une cholécystite chronique. On est parfois obligé de laisser la face supérieure trop adhérante au foie, après l'avoir débarrassée des calculs qui pourraient y adhérer, et après avoir électrocoagulé la muqueuse. Si la radiomanométrie a montré la présence d'un calcul dans le cholédoque, on incise celui-ci, et après avoir enlevé les calculs, on pose un drain de Kehr. Si le sphincter d'oddi est perméable on laisse le drain de Kehr une dizaine de jours.

Par contre, s'il existe un défaut de perméabilité du bas cholédoque, se discutent: drainage trans -

papillaire sphincterotomie, voir sphincteroplastie.

Les soins post-opératoires sont très importants: antibiotiques, vitamine K, rééquilibration hydro-électrolytique si nécessaire.

La cholécystectomie met à l'abri des récidives, supprimant le foyer générateur de la lithiase. Son résultat est d'autant meilleur que la vésicule était en plus mauvais état.

Il n'est pas rare qu'elle laisse des séquelles douloureuses ou dyspeptiques. Si un calcul restant, une oddite, qui peuvent en être la cause, sont parfois justiciables d'une nouvelle intervention, dans tous les autres cas, on aura recours au traitement médical: régime, cholérétiques, et cholagogues, cures thermales qui pourront donner un bon résultat, même si avant l'intervention, elles avaient été inéfficaces.

Après ce tableau très schématique de la lithiase biliaire dans son ensemble, nous allons étudier quelques aspects particuliers qu'elle peut revêtir, quelques problèmes qu'elle peut poser, selon l'âge du sujet chez lequel on la découvre.

La lithiase biliaire du sujet jeune.

Nous décrirons d'abord une forme particulière par le terrain sur lequel elle survient par son aspect clinique propre, par la sanction thérapeutique unique dont elle relève.

C'est la lithiase vésiculaire qui survient chez la femme jeune, à l'équilibre neuro-végétatif et hormonal instable.

C'est une malade asthénique et nerveuse, émotive de façon permanente, mais d'autant plus qu'elle est près de la date de ses règles. En effet, chez elle, la période prémenstruelle est marquée. D'une part par des signes d'hyperfolliculinie: gonflement douloureux des seins, infiltration oédémateuse des tissus interstitiels. Ces signes, apparus quatre à cinq jours avant les règles, disparaissent lorsqu'elles arrivent. Les règles sont abondantes, souvent rapprochées.

-D'autre part, des manifestations neurovégétatives le plus souvent de type vagotonique: outre: anxiété, irritabilité, nervosisme, on note des manifestations viscérales les plus variées: cardiovasculaires: palpitations, gêne précordiale, bouffée de chaleur.

Respiratoires: toux spasmodique, asthme.
Intestinales: constipation qui fait place à une diarrhée au moment des règles.

Une note allergique est fréquente, qui se manifeste par: urticaire, eczéma.

Parmi tous ces troubles, faisons une place particulière aux migraines : apparues souvent dès la puberté, à chaque période prémenstruelle, elles incitent à rechercher des troubles hépato-vésiculaires. On a pu noter alors une sensibilité anormale de la vésicule au palper. Si des investigations radiologiques ont été faites, elles montrent une vésicule peu tonique, dont l'évacuation est ralentie par la période inter-menstruelle mais qui devient hyperkinétique la veille des règles. A ce stade, elle ne contient pas encore de calculs.

Si les signes cliniques d'hyperpolliculinie sont manifestes, l'hyperpolliculinie n'est pas retrouvée aux dosages biologiques, ce qui fait dire à certains auteurs qu'il ne s'agit pas d'une surcharge oestrogé - nique mais d'une anomalie réductionnelle de leur des - truction dans le foie.

L'hyperfolliculinie serait alors secondaire à un dysfonctionnement ou à une insuffisance hépatique.

D'ailleurs, l'hyperfolliculine ne suffit pas à expliquer la multiplicité de ces manifestations neuro-végétatives. Il faut faire appel à une participation hypotalamo-glandulaire avec les incidences humorales que cela peut comporter.

Tous ces troubles neuro-végétatifs divers précédent de longue date l'apparition de douleurs biliaires spontanées. C'est encore à l'occasion de perturbations neuro-végétatives qui accompagnent les règles que la lithiase va se manifester, soit discrètement : gêne sous costale droite, soit dans sa forme la plus bruyante : la colique hépatique. Mais, plus le déséquilibre neuro-végétatif est important, plus la douleur risque d'être violente et de s'accompagner de manifestations impressionnantes, par exemple : des convulsions. On peut en rapprocher la crise d'angine de poitrine biliaire, qui malgré l'âge jeune de la malade pourrait donner le change si l'électro cardiogramme n'était parfaitement normal, et si l'interrogatoire ne retrouvait quelques signes qui orientent vers un dysfonctionnement hépato vésiculaire.

En effet, le diagnostic est parfois beaucoup plus difficile et il faut s'attacher à de petits signes qui feront faire une radio des voies biliaires et découvrir la lithiase. Encore relativement facile, s'il s'agit de trou-

bles dyspeptiques de la série biliaire : intolérance aux graisses, oeufs, chocolat, ou d'une diarrhée prandiale, ils sont beaucoup plus trompeurs, s'il s'agit de troubles dyspeptiques de la série gastrique : douleurs à type de crampe, de torsion, suivies ou non de nausées et de vomissements sans fièvre apparante et non suivie d'ictère, apparaissant 3 à 4 heures après les repas, ne durant que quelques heures, pouvant évoquer le diagnostic d'ulcus pylorique ou duodénal.

Mais un signe doit attirer l'attention ; l'absence de périodicité de ces troubles. Il peut s'agir aussi de ballonnements, de tiraillements, de pesanteurs apparaissant tout de suite après les repas.

Parfois associés à des troubles gastriques ou isolés à des manifestations colitiques : colite mucomembraneuse. Dans tous les cas, l'interrogatoire pourra aider au diagnostic s'il retrouve la notion d'héridité, le plus fréquemment en lignée féminine, s'il retrouve la notion de l'apparition de la douleur la nuit, après un repas gras, avant les règles, après un choc émotif.

Très souvent, c'est à l'occasion d'une grossesse et d'une première grossesse que la lithiase se manifeste pour la première fois.

Les statistiques de différents auteurs montrent bien le rôle de la puerpuéralité, dans la prédominance féminine de la lithiase: Povsing Grubbe, Graff, notent que 80% des lithiasiques sont des femmes mariées. Sur 657 femmes mariées ayant des calculs, ils trouvent 613 mères de famille. Kehr trouve que 83 % des femmes opérées pour lithiase comptent une grossesse dans leurs antécédents.Gerwig et Thistlethwaite, sur les dix malades de moins de 30 ans qu'ils ont opérées en six mois, notent que chez six d'entre elles, la lithiase à été découverte après une première grossesse, chez trois après une deuxième grossesse, chez la dernière, après une sixième grossesse.

La lithiase ne s'était pas manifestée auparavant. Soit qu'existant, elle ait été absolument latente, soit que ce soit la grossesse qui ait favorisé son apparition. En effet, la grossesse crée des conditions favorables au développement d'une lithiase: retard à l'évacuation de la vésicule qui est hypotonique sous l'effet de la folliculine dont le taux est augmenté.

- Troubles du métabolisme du cholestérol dont le taux sanguin augmente de trois à quatre fois par rapport au chiffre normal au cours de la grossesse, de telle

sorte que sa concentration dans la vésicule est telle qu'il peut cristalliser.

- Modification de la quantité et de la proportion des sels des acides biliaires.

C'est surtout au cours du premier trimestre de la grossesse et six semaines à deux mois après la délivrance qu'apparaissent de violentes crises vésiculaires alors que s'espacent et tendent à disparaître les accès migraineux qui ont précédé.

Fait particulier: cette lithiase ne s'accompagne presque jamais d'un signe quelconque de cholécystite. C'est le type de la lithiase aseptique.

Il s'agit le plus souvent d'un gros calcul isolé. S'il arrive que les calculs soient multiples, leur nombre n'excède pas trois ou quatre. Ils sont transparents aux Rayons X et apparaissent sur la radio en clair, ovoïdes, au sein de la vésicule opacifiée.

Sur différents clichés successifs, ils paraissent mobiles dans une vésicule dont l'opacification est uniforme et bien contrastée, témoignant qu'elle a conservé une bonne fonction de concentration. Les parois de la vésicule sont souples, comme en témoigne la différence de volume de la vésicule, plus important sur la cholécystogra-

phie orale que sur la cholangiographie intraveineuse après injection de radiosélectan. Elle se vide régulièrement et progressivement. L'aspect des voies biliaires et de la vésicule renseigne sur l'absence de gêne cervico-cystique, sur le fonctionnement de la voie principale, qui apparaît animée de mouvements péristaltiques aboutissant à des chasses biliaires rythmées. Tous ces renseignements sont capitaux pour la décision thérapeutique. Ils témoignent de l'intégrité fonctionnelle parfaite de la vésicule, que confirment encore les résultats du tubage duodénal.

Un signe biologique important que nous avons cité déjà au sujet de la femme enceinte, mais qui existe d'une façon générale, dans ce cas particulier d'un volumineux calcul unique: c'est l'hypercholestérolémie en l'absence de tout signe de rétention biliaire: taux de bilirubinémie normal.

La leucocytose est normale, témoignant de l'absence de tout phénomène infectieux.

On ne doit pas hésiter devant l'intervention chirurgicale sans risque chez ce sujet jeune, facile sur cette vésicule non infectée. Si cette lithiase n'a donné lieu à aucune complication infectieuse ou mécanique, on

ne peut quand même pas absolument préjuger de l'avenir. Chez cette femme jeune, elle peut se manifester de façon dramatique, à l'occasion d'une grossesse ou d'un accouchement, et on ne sera plus dans les conditions idéales pour opérer. Mais nous sommes ici dans le seul cas où la cholecystectomie ne soit pas l'intervention idéale.

- Le traumatisme psycholigique que constitue pour cette grande anxieuse l'idée qu'on lui a enlevé la vésicule risque de compromettre les suites opératoires.

- Les séquelles de la cholécystectomie sont d'autant plus importantes que la vésicule est en moins mauvais état. Or, ici, les clichés ont montré une vésicule fonctionnellement normale. Le cystique est libre, il n'y a pas d'infection des voies biliaires, toutes les conditions sont requises pour qu'on soit en droit de conserver la vésicule.

Après une bonne préparation médicale, qui visera surtout à calmer le système neuro-végétatif : l'intervention de choix sera ici une <u>cholécystendèse</u>: on ouvre la vésicule, on enlève le ou les calculs. Ils sont ovoïdes, ivoire, avec un aspect radiaire à la coupe. Ce sont des calculs de cholestérol. La vésicule est souple, mobile, ses parois ne sont pas épaissies, tout

signe d'inflammation est absent. Son épithélium est in - tact, on vérifie l'aspect du foie, le pédicule hépatique en particulier, l'absence d'adénopatène pédiculaire haute qui témoignerait d'une inflammation vésiculaire. On referme la vésicule sans drainage, ce qui évite les inconvénients de la cholécystostomie.

Cette intervention est bénigne, elle laisse une fonction vésiculaire normale. Au cours de l'intervention, on fera toujours une radio-manométrie transcholédocienne, à la recherche d'une lithiase cholédocienne associée.

La cholécystendèse comporte le risque de récidive.

Après avoir enlevé le calcul, restera à traiter le terrain nerveux: par des sédatifs, des tranquillisants, une vie saine, par un régime évitant les aliments mal tolérés que la malade connait bien, et par des cholérétiques doux. Les cures à Vichy auront le double avantage d'exercer un effet favorable sur le système neuro-végétatif et sur la fonction hépato-vésiculaire. On aura parfois la surprise de voir le traitement hépatique faire disparaître à lui seul les signes d'hyperfolliculinie. Cependant, il sera souvent

nécessaire d'y associer un traitement endocrinien : progestérone, trois injections intra-musculaires de 10 mg dans la semaine précédant les règles. Ce traitement triple devra être poursuivi des années.

Ce que nous venons de décrire n'est qu'un aspect très particulier de la lithiase biliaire du sujet jeune, et certainement pas le plus fréquent. D'autres aspects sont possibles :

- Lithiase à calculs multiples à facettes, contenus dans une vésicule qui est le siège de phénomènes inflammatoires avec le risque à plus ou moins brève échéance de complications mécaniques ou infectieuses.

Parmi celles-ci, la cholécystite aigüe est relativement fréquente. Si c'est la première manifestation de la lithiase, devant fièvre, vomissements, douleurs à droite, on peut penser à cet âge qu'il s'agit d'une appendicite ectopique, et il arrive que ce soit l'intervention qui fasse le diagnostic.

La pancréatite aigüe peut parfois compliquer la lithiase. C'est beaucoup plus rare à cet âge.

Lavigne, dans sa thèse, cite trois cas de pancréatite aigûe ayant révélé une lithiase chez des sujets très jeunes.

Néanmoins, c'est le plus souvent une crise de colique hépatique, des troubles dyspeptiques, qui, ayant incité à faire une radio de la vésicule, permettront d'y découvrir des calculs.

Enfin, il n'est pas rare que ce soit une découverte inattendue au cours d'un cliché d'abdomen pour autre chose: calculs que des examens radiologiques avec préparation localisent dans la vésicule ou le cholédoque.

Traitement de la lithiase biliaire du sujet jeune.

En cas de calcul du cholédoque, l'intervention ne se discute pas, elle s'impose.

L'obstruction du cholédoque ne peut durer longtemps sans mettre à échéance plus ou moins longue, la vie du malade en danger.

S'il s'agit d'une première poussée de cholécystite aigüe ou d'une lithiase vésiculaire complètement latente, on est en droit de discuter l'intervention.

L'ablation de la vésicule est une mutilation importante chez ce sujet jeune, elle peut laisser des séquelles, et on sait qu'elle en laissera d'autant plus que la vésicule est en moins mauvais état.

Cependant, la plupart des auteurs sont partisans de l'intervention.

Une lithiase jusqu'ici absolument muette peut se réveiller brutalement par une complication très grave et imprévisible.

Une première crise de cholécystite aigüe ne restera certainement pas isolée. D'autres surviendront sur un fond de cholécystite chronique aux adhérences multiples, rendant l'intervention beaucoup plus périlleuse. Sans compter que l'état du sujet à cette époque plus tardive rendra peut-être la décision thérapeutique beaucoup plus difficile.

- Une poussée de cholécystite aigüe peut se produire au cours d'une grossesse, pendant laquelle on s'efforcera d'éviter l'intervention.

- Ailleurs, on pourra être amené à intervenir d'urgence la main forcée chez un sujet moins jeune, amaigri par des troubles dyspepticues, affaibli par une infection vésiculaire qui traîne, aux fonctions hépatiques perturbées, et qui supportera moins bien le choc d'une opération.

Alors qu'actuellement il s'agit d'un sujet jeune, dont l'état général est bon, la région hépato-

vésiculaire n'étant pas encore remaniée par les phénomènes inflammatoires, l'intervention sera facile. L'intervention proposée est toujours la cholécystectomie. On ne peut pas laisser une vésicule malade en place, et ni l'état général ni l'état local ne justifient une cholécystostomie.

La cholécystectomie sera suivie d'un traitement médical, visant à réduire au minimum les séquelles possibles.

LA LITHIASE BILIAIRE AU SUJET d'AGE MOYEN

L'âge moyen voit apparaître certaines affections dont la fréquence est encore accrue sur ce terrain lithiasique.

C'est l'âge où apparait l'athérome dont on redoute surtout les manifestations coronariennes. On comprend qu'il soit particulièrement fréquent sur ce terrain au métabolisme lipidique perturbé.

De même la pancréatite aigüe hémorragique, si elle se voit plus volontiers chez l'homme de la cinquantaine, survient avec prédilection chez un sujet obèse, angineux, lithiasique.

- L'apparition d'un ulcus calleux est favorisé par le déséquilibre neuro-végétatif qu'entretient la lithiase.

- Enfin, c'est à cet âge qu'est à craindre la survenue d'un cancer digestif. Il faut penser à la possibilité de dégénerescence de cette vésicule lithiasique.

Toutes ces affections associées à une lithiase biliaire latente, peuvent passer au premier plan; cepen-

dant elles doivent inciter à la rechercher.

C'est l'âge où chez la femme s'installe un nouvel équilibre endocrinien, lorsqu'ont cessé les règles. L'installation de ce nouvel équilibre définitif est précédé d'une phase de grande instabilité endocrinienne. Ce qui ne va pas sans retentissement sur les fonctions hépato-vésiculaires, que nous avons vu-au sujet de la femme jeune - si sensibles aux variations du taux sanguin d'oestrogènes.

Lithiase biliaire et angor

2 ordres de faits rendent cette association relativement fréquente

- d'une part il semble que lithiase biliaire et athérome surviennent tous les deux sur un même terrain dont le métabolisme lipidique est perturbé. On a pu remarquer qu'il y a 2 fois plus d'affections vésiculaires chez les sujets à coronaires franchement pathologiques que chez les sujets à coronaires normales.

- d'autre part, la souffrance vésiculaire a souvent une action reflexe sur les coronaires.

Une crise de colique hépatique met fort bien

simuler par les caractères de la douleur, son siège, ses irradiations au bras gauche, une crise d'angor typique, d'autant plus que le blocage de la respiration par la douleur peut être pris pour une sensation de striction angoissante.

La compression de la vésicule, un repas gras pour examen radiologique, un tubage duodénal peuvent de même provoquer une crise d'angor. Durant cette crise, on peut observer transitoirement des modifications de l'électrocardiogramme de nature reflexe.

Ces signes électriques peuvent se voir, même si cliniquement il n'existe aucun signe d'atteinte coronarienne. Cependant, le plus souvent, ils surviennent sur des coronaires malades.

Si les affections vésiculaires ont un retentissement coronarien, inversement, la cure de la maladie vésiculaire peut avoir un effet heureux sur l'état angineux.

Un tubage duodénal réalisant la vidange vésiculaire peut améliorer un état de mal angineux ancien.

Strond, Bockus, Cush et Twaddle rapportent que sur 21 malades qu'ils ont étudiés et chez lesquels étaient associées lithiase biliaire et maladie coronarienne,

1/3 de ces malades avaient vu disparaître leurs troubles coronariens grâce à une cholécystectomie.

De même, sur 64 malades porteurs de cette association et suivis à Mayo clinic, 17 étaient définitivement améliorés quant à leurs manifestations coronariennes par la cholecystectomie. Le tracé éléctrique s'améliore à condition toutefois que les manifestations cardiaques n'aient pas pris définitivement le pas sur les troubles digestifs.

L'intervention sur la vésicule présente évidemment plus de risques chez les sujets aux coronaires malades que chez un sujet sain. On n'interviendra qu'en période d'accalmie en s'entourant de toutes les précautions possibles. On s'attachera en particulier à prévenir toute chute tensionnelle au cours de l'anesthésie. L'intervention, en supprimant le risque de complications explosives de la lithiase, mettra donc en partie, à l'abri des complications myocardiques qui s'y associent, et contribuera ainsi à prolonger la vie de ces malades.

Lithiase biliaire et pancréatite.

La fréquence de cette association est re-

connue par tous les auteurs qui considèrent la lithiase biliaire comme cause principale de pancréatite.

Il peut s'agir d'un simple épiphénomène au cours d'une lithiase cholédocienne ou vésiculaire ou d'une pancréatite aigüe oedémateuse.

Dans ce cas, les phénomènes inflammatoires et infectieux vésiculaires entraineraient un retentissement pancréatique par l'intermédiaire des voies lymphatiques d'abord cholédocienne puis retro et intra-pancréatique. L'épisode de pancréatite aigüe oedemateuse laisserait derrière elle une sclérose pancréatique active.

Cette atteinte pancréatique se traduit cliniquement par des douleurs épigastriques ou de l'hypochondre gauche irradiant vers les lombes parfois à droite. Ces douleurs peuvent évoluer de façon paroxystique, les crises étant rythmées par les repas mais sans horaire précis constant. Elles surviennent par épisodes de 2 ou 3 jours comme les crises douloureuses d'origine biliaire. Au cours d'une lithiase biliaire, il est donc particulièrement difficile de faire cliniquement la part de ce qui est dû à un retentissement pancréatique. D'ailleurs presque tous les auteurs s'accordent pour reconnaître l'origine bi -

liaire de telles douleurs au cours d'une pancréatite. Entre ces crises paroxystiques, persiste un fond douloureux continu.

L'examen s'attache à rechercher un point douloureux sous costal gauche, la malade étant en décubitus latéral droit.

La radio pourra aider au diagnostic en montrant des calcifications pancréatiques d'opacité inégale, de contours irréguliers. On pourra ainsi rechercher des signes indirects tels que déformation de la courbure gastrique ou compression de la région antrale sur le profil ou encore déformation duodénale.

Enfin, on pourra étudier les fonctions pancréatiques. En présence d'une pancréatite connue, le diagnostic clinique de lithiase biliaire est difficile car elle entraîne souvent un rétrécissement cholédocien intra pancréatique et secondairement, rétention biliaire avec ses conséquences: accès angiocholitiques, cirrhoses biliaires de type cholostatique et même lithiase secondaire.

LITHIASE BILIAIRE ET ULCERE GASTRO DUODENAL.

Cette association se voit surtout à l'âge moyen. Sur les 13 cas cités par Mausiet dans sa thèse, le plus grand nombre se situe entre 40 et 70 ans avec un pic en-

tre 50 et 60 ans.

Pour Poirier, c'est 4 fois sur 5 chez une femme que se voit cette association.

Le terrain vagotonique de la femme lithiasique serait peut être particulièrement favorable au développement d'un ulcère.

C'est souvent l'ulcère qui se manifeste le premier, bien que la lithiase soit sans doute la première en date comme en témoigne l'ancienneté des lésions vésiculaires.

Si l'existence de la lithiase est connue, on risque de mettre à son compte les douleurs ulcéreuses, les douleurs biliaires pouvant revêtir l'aspect de crampes épigastriques survenant 3 heures après les repas. Mais les douleurs biliaires de ce type n'ont pas la périodicité des douleurs ulcéreuses et surviennent plus volontiers au moment des règles.

De toute façon, une radio gastrique apportera la confirmation du diagnostic en montrant la niche ulcéreuse qui siège plus souvent sur l'estomac que sur le duodenum. Il s'agit souvent d'un ulcère calleux, perforé, bouché. Le plus souvent la lithiase est latente, et l'association

paraît - de ce fait - moins fréquente qu'elle ne l'est en réalité. Les signes ulcéreux étant au premier plan risquent de masquer les manifestations de la lithiase qui peut évoluer à bas bruit vers des complications.

Plus rarement, ce sont les signes de l'ulcère qui sont discrets et qui vont s'extérioriser apres intervention pour lithiase.

Lorsqu'on a un doute sur une association possible, non seulement, on fera des examens radiologiques qui permettront de la mettre en évidence, mais s'ils n'ont pas permis une certitude, on vérifiera estomac et duodénum au cours d'une intervention pour lithiase où on explorera la vésicule au cours d'une gastrectomie pour ulcus.

Le traitement médical: sédatifs, antispasmodiques, visera à supprimer l'action reflexe sur la motricité gastrique de l'irritation vésiculaire due à la lithiase.

Ce n'est qu'après avoir mis l'ulcère à l'abri de l'action de la lithiase vésiculaire qu'on pourra le traiter efficacement.

Il faut donc surtout s'attacher à traiter cette

lithiase. Si on décide une intervention chirurgicale sur la vésicule, on en profitera pour faire la cure chirurgicale de l'ulcère, à moins qu'il ait été découvert à un stade précoce et qu'un traitement médical puisse en venir à bout.

Le traitement chirurgical est préférable en cas d'association lithiase biliaire - ulcus gastro-duodénal.

Lorsque la lithiase est méconnue et donc non traitée le traitement médical de l'ulcère est très souvent un échec.

Signalons qu'une cholecystite chronique compliquée de péricholecystite peut - mais c'est très rare- entraîner une stenose du pylore.

Lithiase biliaire et cancer vésiculaire.

Il faut se méfier chez une femme qui approche de la ménopause, de la réapparition, après une longue période de latence, des manifestations cliniques d'une lithiase ancienne. Elle doit évoquer la possibilité de dégénérescence cancéreuse de la vésicule.

En effet, les calculs sont cause d'une irrita-

tion continuelle de la muqueuse vésiculaire. A cet effet irritatif, s'ajoute peut être le rôle cancérigène de la nature chimique de la bile et des calculs.

Le cancer vésiculaire est rare par rapport à l'ensemble des cancers digestifs dont il représente 1 %. Mais dans 70 à 100 % des cas, il s'associe à une lithiase.

C'est le plus souvent au cours d'une intervention pour une lithiase qui était latente, qu'on découvre le cancer à l'examen histologique de la vésicule.

De toute façon que la lithiase soit latente ou pas, les signes de dégénérescence sont impossibles à saisir car ils se confondent avec les signes de plusieurs complications fréquentes au cours d'une lithiase:

- douleurs plus intenses, alteration de l'état général. La radio est de peu de secours, elle ne montre qu'une vésicule exclue ou lithiasique.

Lorsque les signes deviennent plus évidents : douleurs résistantes à la morphine, par contre calmées par l'aspirine, induration ligneuse sous costale droite, il y a longtemps que les lésions sont au dessus de toute ressource thérapeutique. La première manifestation peut encore être une occlusion intestinale en rapport avec l'envahissement intestinal de la tumeur.

Le pronostic est très sombre. Même si on opère au stade histologique, les résultats sont toujours très mauvais la mortalité opératoire est de 30 %. Il y a 3 % de survie après 5 ans.

Lithiase biliaire et ménopause.

Si chez la femme normale, l'hyperfolliculinie est sans effet sur la vésicule, nous avons vu - au sujet de la femme jeune - les multiples manifestations dont elle est responsable chez la femme qui a un syndrome prémenstruel: congestion du parenchyme hépatique, diminution de la secrétion biliaire, augmentation de la viscosité biliaire, diminution de la tonicité vésiculaire, réalisant les conditions les plus favorables à la constitution d'une lithiase.

Ces phénomènes vont donc redoubler à la phase hyperfolliculinique de la ménopause. Tandis que l'obésité s'installe, les migraines deviennent plus intenses et plus fréquentes, les crises de coliques hépatiques peuvent apparaître ou redoubler si elles existaient déjà auparavant; puis, tout s'atténue quand les règles ont définitivement disparu.

La suppression brutale de la sécrétion ovarienne par castration se solde aussi par des troubles hépato-biliaires. Et ceci d'autant plus, que la castration est faite chez une malade plus jeune. Une lithiase vésiculaire jusque là, latente, peut devenir bruyante.

DUBARRY, VINCENDEAU, TOURNERIE, citent sur 100 femmes castrées, l'apparition chez 87 d'entre elles des troubles digestifs. Sur ces 87, 57 ont des troubles hépato-biliaires. Ces auteurs concluent que chez les femmes castrées et atteintes de troubles hépato-biliaires, on trouve 20,6 % de lithiasiques et que dans 50 % des cas, c'est dans les années qui suivent la castration que s'extériorisent les manifestations biliaires: le plus souvent à l'âge supposé de la ménopause naturelle.

RICAU note que l'antécédent le plus fréquemment retrouvé chez les femmes lithiasiques dont l'âge se situe autour de 50 ans, est la castration chirurgicale, et il conclue que la castration ou les affections qui l'ont conditionnée semblent un facteur encore beaucoup plus important que la multiparité.

Ce serait l'hypophyse qui serait responsable des troubles biliaires. Très sensible aux variations quantitatives ou qualitatives d'oestrogènes, elle entrai-

nerait des troubles biliaires par l'intermédiaire de l'hyperthyroïdie.

Ces troubles biliaires qui suivent une castration ne sont guère influencés par un traitement hormonal. Il serait logique de vouloir corriger ces troubles dont on a établi l'origine endocrinienne, par l'hormone dont on a supprimé l'organe sécréteur. Mais on a vu le rôle de la folliculine et il semble que les implants de folliculine auxquels les chirurgiens ont eu recours pour rémédier aux méfaits de l'ovariectomie, rendent encore plus fréquents les troubles vésiculaires.

On utilisera des freinateurs hypophysaires, soit androgènes soit oestrogènes de synthèse.

C'est seulement après un traitement endocrinien que le traitement digestif pourra être efficace.

Le traitement de la lithiase du sujet d'âge moyen.

A l'âge moyen, comme à n'importe quel âge, il est des cas où l'intervention s'impose sous peine de complications mortelles. On ne sera amené à discuter que le mode d'intervention: cholécystectomie ou cholécystostomie.

C'est surtout dans le cas d'une lithiase latente, d'une première crise de cholécystite aigüe ou de manifestations mineures que se pose le problème d'une intervention chirurgicale ou de la poursuite d'un traitement médical.

Pour prendre cette décision, plus que de l'âge réel du sujet, on tiendra compte de son âge physiologique et des tares dont il peut être atteint.

Chez certains sujets en parfait état général et dont le bilan des différents systèmes s'avère parfaitement normal, il n'y a guère de raisons de se montrer moins interventionniste que chez le sujet jeune.

Le problème est plus complexe si le sujet est vieilli avant l'âge, obèse, s'il est atteint de tares diverses: cardio-vasculaire, ou rénale, ou d'un altération des fonctions hépatiques.

Cependant, nous l'avons vu, plus qu'une contre-indication, un état angineux peut être une indication à l'intervention puisqu'on a pu observer dans certains cas, une amélioration des troubles coronariens après cholé - cystectomie.

De même, les lésions hépatiques en rapport avec une obstruction cholédocienne, peuvent régresser

après rétablissement de l'écoulement normal de la bile, si toutefois la durée de l'obstruction n'a pas été trop prolongée.

Dans ces deux cas, l'intervention sera entourée de certaines précautions particulières à chacun des cas.

Ailleurs, l'état général est tellement mauvais, malgré tous les efforts d'une bonne préparation médicale, l'atteinte des différents systèmes tellement diffuse, qu'on ne peut intervenir sans faire courir de gros risques au malade.

En cas de lithiase latente, on se souviendra que cette latence peut se prolonger indéfiniment et on se gardera de faire courir des risques inutiles au malade.

Dans les autres cas, on ne peut fixer de ligne de conduite absolue. Il faut tenir compte dans la décision, de la fréquence des accidents vésiculaires, de leur nature, de leur intensité. On ne perdra pas de vue la possibilité ultérieure de complications suraigües obligeant à intervenir d'urgence dans de plus mauvaises conditions encore, tout en sachant, d'autre part, qu'une lithiase qui n'a donné lieu qu'à peu d'accidents ou des accidents mineurs, peut redevenir latente et être mainte-

nue dans cet état de latence par un simple traitement médical.

Si la cholécystectomie est l'intervention qu'on fera de préférence chaque fois qu'elle sera possible, on peut être amené à en modifier la technique quand les conditions locales sont rendues mauvaises par une péri-cholécystite: conséquence d'une cholécystite chronique qui s'est émaillée déjà de nombreux accidents chez un sujet porteur de sa lithiase depuis de nombreuses années.

On peut alors être amené à laisser en place une partie de la vésicule dont la dissection serait trop dangereuse.

Enfin, on peut avoir recours à la cholécysto-stomie, moins choquante, mieux supportée, chaque fois que l'état général interdit une cholécystectomie.

La surveillance post-opératoire sera d'autant plus attentive que le sujet sera plus fatigué. On veillera surtout à éviter dans les suites, les complications thrombo-emboliques, particulièrement fréquentes chez ces malades souvent obèses, au système vasculaire déficient.

LA LITHIASE BILLIAIRE DU SUJET AGE

Chez le sujet âge, la sensibilité du système neuro-végétatif s'est considérablement émoussée. Alors que chez la femme jeune, les manifestations neuro-végétatives révélaient la lithiase, ici, ces phénomènes ayant disparu, la lithiase va volontiers rester latente ou donner lieu à une symptomatologie fruste ou atypique, rendant le diagnostic difficile.

CHARCOT en 1878, notait que chez les vieilles femmes de la Salpêtrière, la lithiase vésiculaire restait latente dans 78 % des cas, jusqu'au jour de l'autopsie.

Cette apparente latence de la lithiase biliaire est encore accrue du fait que le vieillard prend facilement son parti de ses petites infirmités, qu'il met sur le compte de l'âge. Il ne consulte pas volontiers son médecin pour quelques troubles dyspeptiques discrets ou pour une vague douleur de l'hypochondre droit, qui témoignent pourtant d'une cholécystite chronique dont un traitement médical pourrait augmenter la tolérance et

diminuer les risques de complications.

Il ne prend pas garde à l'installation progressive de signes qui traduisent une complication aigüe, devant laquelle on risque d'être appelé fort tard, alors que l'état général est déjà altéré, que l'adynamie rend plus difficile l'appréciation des signes locaux et que les risques cardio-vasculaires accompagnateurs sont passés au premier plan, rendant encore plus difficile ce diagnostic.

En effet, c'est encore un aspect particulier de la pathologie du sujet âgé, que la fragilité particulière du système cardio-vasculaire - presque toujours athéromateux à cet âge et plus encore s'il s'agit d'un vieux lithiasique - sur lequel retentit toute affection grave et plus encore les affections biliaires.

Chez le vieillard, le diagnostic de <u>colique hépatique</u> est souvent rendu difficile par l'altération de l'état général qui l'accompagne avec collapsus. La douleur epigastrique et l'effondrement tensionnel, alors que les signes locaux sont peu nets, qu'il existe un météorisme abdominal diffus, peuvent faire croire qu'il s'agit d'un infarctus myocardique à forme abdominale. L'électrocardiogramme ne permet pas toujours de

redresser le diagnostic car la distension des voies biliaires peut s'accompagner de modifications électrocardiographiques d'autant que les coronaires ne sont plus très souples à cet âge.

D'ailleurs une crise de colique hépatique peut fort bien chez le vieillard, s'accompagner d'un authentique infarctus. On peut être orienté par l'interrogatoire si on retrouve la notion d'un passé biliaire.

Il n'est pas rare, de même, qu'une crise de colique hépatique s'accompagne d'une occlusion réflexe. Parfois, l'occlusion est au premier plan: la douleur est diffuse, l'abdomen ballonné, il n'y a ni gaz ni matières. Le diagnostic est d'autant plus difficile qu'en cas d'occlusion haute, on peut observer une cholurie et une cholalurie qui ne correspondent à aucune lésion organique hépato-vésiculaire.

Le ralentissement des fonctions digestives fréquent chez le sujet âgé, favorise la stase et par conséquent plus volontiers l'infection.

La douleur peu caractéristique au début d'une cholécystite aigüe a pu égarer le diagnostic et on peut d'emblée se trouver en face d'un empyème vésiculaire.

Une grosse vésicule peut être difficile à percevoir, s'il existe, comme c'est fréquent un empâtement de la région sous costale droite. Si les signes infectieux sont très importants et qu'il existe un subictère, le diagnostic peut être difficile en l'absence de signes vésiculaires nets, avec une poussée d'angiocholite au cours d'une lithiase cholédocienne.

A ce stade, les antibiotiques ont fort peu de chance d'être efficaces. Il faut intervenir sur ces lésions suppurées enfin d'éviter leur ouverture à la peau ou dans le colon.

Même si elle ne donne pas lieu à des complications aigües, la cholécystite chronique est évolutive et une péricholécystite s'organise à bas bruit, englobant les organes avoisinants. C'est au sein de cette péritonite localisée adhésive que les fistules peuvent s'ouvrir entre vésicule et intestin permettant le passage dans l'intestin, des calculs. S'il s'agit d'une fistule cholécystocolique - c'est rare- la migration des calculs dans l'intestin se fait sans difficulté et ils sont évacués. Il s'agit beaucoup plus souvent d'une fistule cholécystoduodénale, le calcul se bloque alors dans le grêle réalisant une occlusion: c'est l'iléus biliaire - il se voit sur -

tout chez les sujets âgés.

La phase préparatoire est souvent passée inaperçue. C'est la douleur de la perforation qui a été le premier signe. Les vomissements sont précoces, abondants, rapidement fécaloïdes, l'arrêt des matières et des gaz, tardif, parfois même, on observe une débâcle diarrhéique très importante. A la douleur du début, font suite des douleurs paroxystiques à type de coliques.

Tous ces signes témoignent d'une occlusion haute, qui, en l'absence d'une intervention rapide entrainerait rapidement une altération importante de l'état général avec déshydratation particulièrement grave chez ce vieillard. Si on intervient le premier jour, la guérison survient dans 90 % des cas.

Parfois, on observe après la violente douleur de la perforation, un certain temps de détente qui peut durer quelques heures à quelques jours, puis les douleurs réapparaissent à type de torsion avec des paroxysmes, en même temps que le sujet peut avoir la sensation d'un corps étranger qui se déplace. Le calcul dont le volume s'est augmenté d'alluvions stercorales au cours de sa migration, vient se bloquer au niveau de la valvule de Bohin. Lorsque l'abdomen n'est pas trop distendu, on peut percevoir une tumé-

faction extrêmement dure dans la fosse iliaque droite.

L'iléus biliaire a une évolution particulière par poussées étagées, séparées par des périodes de bien-être trompeuses. L'occlusion devient définitive: la présence du calcul oedèmatie, ulcère, finit par sphacéler et perforer l'intestin. La mort surviendrait dans un tableau de péritonite généralisée ou de phlegmon pyostercoral.

L'examen radiologique aidera au diagnostic précoce d'iléus biliaire. D'autre part, il affirme l'occlusion en montrant les niveaux liquides. Ils siègent sur le grêle. On a parfois la chance de voir le calcul s'il est opaque. Enfin, un signe est de valeur: c'est le pneumo - cholédoque.

Dès qu'on a fait le diagnostic d'iléus biliaire, il faut opérer: on incise l'anse intestinale pour extraire le calcul. Si l'anse est sphacélée, on est obligé de la réséquer.

Les soins post-opératoires seront particulièrement soigneux, en particulier: réhydratation, rechloruration.

Le blocage d'un calcul dans le col du canal cystique, est d'une particulière gravité chez le sujet âgé, chez le-

quel il arrive encore actuellement qu'il se complique de cholécystite gangreneuse.

En effet, la présence du calcul favorise non seulement une ulcération de la muqueuse en regard du calcul, mais encore une thrombose des vaisseaux de la vésicule favorisant l'apparition de zones escarrifiées et sphacéliques, prélude à la perforation vésiculaire.

Au décours d'une crise de colique hépatique, la vésicule apparaît tendue, très douloureuse, alors que des signes toxiques apparaissent. Un météorisme vient masquer les signes locaux. A l'intervention, périlleuse sur ce mauvais terrain, mais inévitable, on trouve une vésicule rouge vineux avec des zônes noirâtres apparaissent à la surface.

La perforation vésiculaire est loin d'avoir chez le vieillard, une symptomatologie franche. Elle est marquée par une douleur dont le siège, les irradiations n ont rien de caractéristique. L'abdomen est ballonné. On intervient le plus souvent avec le diagnostic d'appendicite qui est redressé en cours d'intervention.

La perforation n'est pas toujours mortelle. Il arrive que grâce aux antibiotiques à très fortes doses,

les phénomènes de péritonite diffuse régressent et que l'évolution se passe vers la constitution d'un phlegmon biliaire.

Si un calcul se bloque dans la voie biliaire principale, l'ictère qui peut s'en suivre peut apparaître progressivement sans douleur, et le malade qui ne s'en est pas inquiété ne consulte que tardivement alors que l'évolution prolongée de cet ictère, sur lequel évoluent des poussées fébriles, a rendu plus précaire l'état général et très dangereuse toute tentative chirurgicale.

L'enclavement d'un calcul dans l'ampoule de Vater réalise un état de mal biliaire fort mal toléré par le sujet âge chez lequel apparaît : chute tensionnelle, insuffisance cardiaque en même temps que s'installe l'ictère.

La pancréatite chronique qui accompagne volontiers une lithiase biliaire est souvent responsable de troubles digestifs considérables entraînant une dénutrition importante pouvant simuler une cachexie néoplasique. D'ailleurs, à eux seuls, les troubles dyspeptiques qui accompagnent une cholécystite chronique pourraient faire penser eux aussi à un cancer des voies biliaires: non seulment anorexie, vomissements glaireux, responsables d'un grand amaigrissement, mais aussi parfois un mœlena en

rapport avec une duodénite congestive associée.

En effet, à cet âge, on pense volontiers, devant de tels troubles, à un cancer des voies biliaires, bien qu'il soit peu fréquent par rapport aux autres cancers digestifs. Mais c'est très souvent sur une vésicule lithiasique qu'il apparaît et sa fréquence augmente notablement après 60 ans.

Le traitement de la lithiase du vieillard.

Chez le sujet âgé, la crainte de complications ultérieures sur une lithiase vésiculaire, jusque là latente, ne justifiera jamais l'intervention. On ne peut pas prendre les gros risques que comporte, à cet âge, la chirurgie biliaire - après 50 ans, la mortalité de la chirurgie biliaire double - pour des accidents que les années qui restent à vivre à ce sujet, rendent plus hypothétiques.

On pourra adopter la même attitude vis-à-vis de la lithiase cholédocienne latente. Le traitement médical s'efforcera d'éteindre les flambées infectieuses auxquelles elle pourrait donner lieu.

De même, on traitera les poussées de cholécystite aigüe par les antibiotiques à très fortes doses,

prolongées suffisament longtemps.

Un traitement médical fait de cholérétiques doux s'efforcera de faire retourner la lithiase à sa latence antérieure.

Cependant, certaines complications suraigües, menaçant dangereusement la vie du malade, tels: cholécystite gangréncuse, iléus biliaire, obligent à intervenir.

On s'efforcera de préparer au maximum le malade à l'intervention par une réhydratation et une rééquilibration hydro-électrolytique soigneuses. On sera particulièrement attentif au taux de prothrombine qu'on remontera s'il existait une rétention biliaire.

Au cours de l'intervention, on suivra de très près la tension artérielle qu'on s'efforcera de maintenir constante. On continuera de la suivre les jours suivants.

Une chute brusque de tension artérielle pouvant être responsable, sur ce système cardio-vasculaire fragile: d'un infractus myocardique, d'un accident vasculaire cérébral, d'une anurie.

On fera particulièrement attention à la survenue possible, dans les jours qui suivront l'intervention, d' accidents thrombocmboliques.

Si on est amené à intervenir sur la vésicule, on

préférera souvent la cholécystostomie moins choquante, à la cholécystectomie.

OBSERVATIONS

S U J E T J E U N E

Madame L... Léone, âgée de 23 Ans,

a depuis l'âge de 12 ans, des migraines avec photophobie et nausées. Depuis toujours, il y a une intolérance alimentaire aux œufs, au lait, aux choux, sardines. Ces migraines durent deux jours environ. Elles ne sont pas en rapport avec les règles.

Depuis quelques années, la malade se plaignait de douleurs épigastriques à type de pesanteurs, sans rapport avec les repas, lorsqu'en Avril 1957, au 5ème mois de sa deuxième grossesse, elle a fait sa première crise de colique hépatique : douleurs épigastriques en barre, bloquant la respiration profonde, s'accompagnant de nausées et de vomissements.

En Août 1957, deux mois après son accouchement, elle ressent à nouveau une gêne thoracique droite, un endolorissement de l'hypochondre droit qui dure quelques heures avec quelques nausées, peu de fièvre, mais un

subictère.

En Octobre 1957, nouvelle crise semblable : elle consulte. Des radiographies après télépac montrent que la vésicule contient de nombreux calculs. On conseille à la malade de se faire opérer, qui ne s'y décide pas.

Mais en Janvier 1958, nouvelle crise de colique hépatique, cette fois-ci accompagnée de fièvre à 38°6 et de frissons. Cette crise dure trois jours environ, la leucocytose est normale.

Enfin, le 9 Mars 1958, la malade subit une cholécystectomie. Il s'agit d'une cholécystite chronique. La vésicule est assez grosse, contenant plusieurs petits calculs. La radiomanométrie montre que la voie principale est normale.

Depuis son opération, la malade a été très bien pendant un an, durant lequel elle a bien suivi son régime.

En 1959, elle a eu un troisième enfant, la grossesse et l'accouchement n'ont entraîné aucun trouble hépato-biliaire.

Puis ont commencé à réapparaître des douleurs épigastriques à type de pesanteur irradiant à droite, le matin au réveil, durant 10 à 15 minutes.

Et en 1961, la malade a refait une crise de colique hépatique qui a duré deux ou trois jours avec subictère, ainsi qu'en 1962, pour lesquelles elle n'a pas

consulté.

Notons que Madame L... avait fait une crise d'éclampsie à son premier accouchement.

Madame A... Yvonne, Agée de 27 ans,

est hospitalisée en Février 1958 pour une crise de colique hépatique : brutalement, à 4 H. du matin, douleur violente de l'hypochondre droit transfixiante à irradiations scapulaires, gênant la respiration. Cette douleur s'accompagne de vomissements alimentaires.

- la température est à 39° 4 à l'entrée. Il y a un subictère conjonctival.
- l'examen de l'abdomen montre une défense de l'hypochondre droit qui est douloureux. La vésicule n'est pas palpable.
- il n'y a pas d'hyperleucocytose
- sur la cholécystographie après télépac, la vésicule est exclue.
- Depuis plusieurs années, Madame A... se plaint de crampes épigastriques, de malaises post-prandiaux, d'intolérance aux graisses, œufs, fritures.
- Depuis deux ans, elle a remarqué un subictère

conjonctival fréquent

- première crise en Octobre 1957, identique à la crise actuelle.
- deuxième crise en Novembre 1957, avec apparition 15 jours après d'un ictère franc généralisé qui a régressé progressivement.

La malade a trois enfants. Elle n'a pas été opérée.

Madame L... Lucienne, Agée de 28 ans,

fait pour la première fois une crise de colique hépatique en Janvier 1958 : douleur de l'hypochondre droit avec vomissement bilieux. La douleur persiste pendant trois jours et cède. Il n'y a pas de fièvre.

Puis le 28 Février 1958 : nouvelle crise douloureuse de l'hypochondre droit à irradiations scapulaires droites. La température oscille entre 37° et 38°. L'ictère apparaît, la malade est hospitalisée le 27 Février. Elle est ictérique, elle se plaint de céphalées, de courbatures, surtout de frissons.

Sa température est à 40°.

Le foie est augmenté de volume, la palpation de l'hypochondre droit réveille une douleur.

La numération montre une hyperleucocytose à 19.600 globules blancs avec 92 % de polynucléaires neutrophiles. Le bilan hépatique est normal.

La température tombe en lysis en 7 à 8 jours sous l'effet de la glace et des antibiotiques, tandis que l'ictère décroit.

On porte le diagnostic de poussée d'angiocholite compliquant une lithiase cholédocienne. La malade est sortie avant qu'on n'en ait fait la preuve radiologique. Elle n'a pas été revue depuis.

Monsieur B... Mohamed, Agé de 32 ans,

est hospitalisé le 29 Avril 1958 pour des douleurs épigastriques en broche, sans irradiations, survenant trois heures après les repas, accompagnées d'ictère.

Depuis novembre 1957, Monsieur B... se plaignait de crises douloureuses épigastriques, s'accompagnant de nausées et suivies de subictère.

A cette époque, des radiographies vésiculaires ont été faites, montrant une vésicule qui s'opacifiait mal.

En Janvier 1958, il subit une cholécystectomie. Au cours de l'intervention, on trouve, non seulement des calculs vésiculaires, mais un calcul cholédocien

qu'on enlève. On trouve un pancréas dur et rigide.

On porte le diagnostic de pancréatite chronique.

Depuis l'opération, le malade continue de souffrir, c'est à cette occasion qu'il est hospitalisé dans le service, mais le malade sort avant toute investigation.

SUJET d'AGE MOYEN

Monsieur D... René, Agé de 49 ans,

est victime le 20 Août 1960, d'un traumatisme abdominal. Le traumatisme est suivi de violentes douleurs épigastriques et de l'hypochondre droit. Ces douleurs se calment petit à petit, mais il persiste un endolorissement qui diffuse à tout l'abdomen, en même temps que s'installe un arrêt des matières et des gaz.

Le 25 Août, apparaissent brusquement un frisson intense, continu, des sueurs profuses.

La température est à 41°.

C'est dans ces conditions que le malade est hospitalisé. On remarque à son entrée, un ictère cutanéo-muqueux. La numération montre une hyperleucocytose à 18.000 globules blancs dont 92 % de polynucléaires neutrophiles. L'hémoculture est positive au colibacille.

On conclut qu'il s'agit d'une septicémie à point de départ vésiculaire.

La cholécystographie par voie orale montre la

présence de trois calculs : deux petits transparents cerclés par un liséré opaque, un volumineux formé de couches concentriques de densité variable. La vésicule est exclue. Elle n'est pas davantage visible sur la cholangiographie I.V., les tests hépatiques sont perturbés mais il existe un éthylisme important.

On sursoit à l'intervention vésiculaire, le malade étant atteint d'un cancer du larynx.

Madame G... Suzanne, Agée de 50 ans,

est hospitalisée en Novembre 1956 pour une douleur épigastrique en barre, très violente, sans irradiations, survenue en pleine nuit, s'accompagnant de nausées et de vomissements.

Après une accalmie, la douleur reprend deux jours après, tandis que la température s'élève à 39°. Il n'y a pas d'ictère.

- le ventre qui était souple à l'arrivée à l'hôpital est le siège, le 4ème jour, d'un plastron sous-costal droit.

- la numération montre une hyperleucocytose, 19.000 globules blancs dont 84 % de polynucléaires.

- sous l'effet des antibiotiques et de la glace

le plastron régresse en une semaine.

- la radio, après télépac montre trois calculs arrondis transparents dans une vésicule qui s'injecte mal et qui doit être très volumineuse. Le Cholédoque est bien visible dilaté.

A sa sortie de l'hôpital, la malade suit un régime, mais elle est à nouveau hospitalisée pour une deuxième crise, moins violente, en Janvier 1957, sans vomissements avec fièvre à 38° et un subictère.

Le 20 Février 1957, la malade subit une cholécystectomie. Depuis elle n'a jamais eu de nouvelle crise douloureuse. Les migraines violentes qu'elle avait depuis sa jeunesse, qui duraient deux à trois jours avec état nauséeux et vomissements bilieux, ont complètement disparu. Elle suit un régime.

Madame W... Louise, Agée de 51 ans,

a eu sa première crise de colique hépatique en 1943 : à 37 ans. Brusquement, une nuit à 2 h. du matin, sont apparues des douleurs extrêmement violentes de l'hypochondre droit et des vomissements bilieux. Il n'y a pas d'ictère.

Elle est hospitalisée. La radio montre une

vésicule exclue. On fait une cholécystectomie. La vésicule contenait 15 calculs. La malade va bien, sans suivre de régime, jusqu'en 1957.

En 1957, elle est hospitalisée à nouveau pour des douleurs épigastriques irradiant à droite, à type de torsion, s'accompagnant de vomissements bilieux. Il n'y a ni fièvre ni ictère.

La formule sanguine et le complet hépatique sont normaux. La radiographie montre un cholédoque un peu dilaté. A sa sortie, elle a un petit traitement de sorbitol et de probantine qui ne l'améliore guère. Elle continue d'avoir de temps en temps, des crises douloureuses avec vomissements ou des épisodes diarrhéiques. Par contre, deux cures successives à Vichy, en 1958 et en 1959, apportent une réelle amélioration.

Depuis, elle n'a pas eu de nouvelles crises. Il n'existe aucune intolérance alimentaire.

Madame J... Camille, Agée de 52 ans,

entre le 7 Avril 1962 à l'hôpital. Depuis le 28 Mars, elle se plaignait d'asthénie, de migraines fréquentes, d'un état nauséeux. Quelques jours après, apparaissent des douleurs épigastriques en barre et surtout

sous costales droites, sans aucune irradiation, s'accompagnant de diarrhée décolorée et de subictère conjonctival.

Devant la persistance de ces douleurs qui durent toute la journée, mais s'exacerbent surtout la nuit vers 1 h. du matin, la malade décide de se faire hospitaliser.

Depuis toujours, il existe une intolérance aux aliments gras, mais ce n'est que vers l'âge de 30 ans que la malade a eu sa première crise de colique hépatique : douleur sous costale droite très intense sans irradiation, s'accompagnant d'un état nauséeux sans vomissements, suivie d'ictère.

Ces crises se sont reproduites à plusieurs années de distance précédées de migraines.

La malade n'a remarqué aucune coïncidence entre ses règles et ses troubles vésiculaires. Ses deux grossesses n'ont amené aucune recrudescence des crises, non plus que l'ovariectomie droite qu'elle a subie en 1933.

Par contre, depuis qu'elle a commencé en 1956 sa ménopause, les crises sont plus violentes et plus fréquentes.

En 1959, ces crises nécessitent une hospitalisation dans le Service. On découvre alors à la radio un calcul unique, transparent, occupant le fond de la vésicule qui est bien imprégnée.

De 1959 à 1961, la malade suit un petit régime éliminant les aliments qu'elle ne tolère pas.

Mais depuis 1961, l'intolérance alimentaire s'étend aux œufs, au lait, obligeant la malade à restreindre beaucoup son alimentation.

Monsieur C... Robert âgé de 43 ans,

est hospitalisé le 3 Mars 1961 pour une hématémèse de sang noir, très abondante.

Toutes les investigations radiologiques œsophago-gastriques sont négatives. Par contre, on découvre une lithiase vésiculaire.

La cholécystographie par voie orale trouve une vésicule bourrée de tout petits calculs.

Madame B... Fernande, Agée de 53 ans,

est hospitalisée le 14 Septembre 1954 pour un syndrome douloureux de l'hypochondre droit, apparu un mois auparavant. En effet, en Août 1954, apparaît brutalement une douleur de l'hypochondre droit, irradiant en ceinture à l'épaule droite. Il n'y a pas de vomissements mais une anorexie absolue et une constipation tenace.

Ces douleurs se calment progressivement, puis réapparaissent après 10 jours, toujours accompagnées de vomissements bilieux. C'est dans ces conditions que la malade est hospitalisée. Douleurs et vomissements cèdent le lendemain de l'hospitalisation.

A l'examen, le foie est volumineux, débordant de deux travers de doigt, vraisemblablement en rapport avec un éthylisme important. Au bord inférieur du foie, on perçoit une masse qui descend assez bas et tourne latéralement dans la fosse lombaire droite.

La température oscille autour de 38°. Il existe une hyperleucocytose à 11.600 globules blancs.

On pense d'abord à une tumeur colique d'après l'aspect de cette masse qui semble nettement distincte du foie. Mais le lavement baryté montre que le colon transverse est, à droite, refoulé par une masse indépendante de lui.

l'U.I.V. élimine une tumeur rénale. Les reins sont normaux. Il s'agit bien d'un plastron de cholécystite aigüe. La radiographie après télépac, montre une vésicule bourrée de calculs. Sur l'angiocholécystographie, la vésicule s'injecte tardivement : 45' à 1 h. après injection I.V. Le 6 Novembre 1954, la malade subit une cholécystectomie. La vésicule est grosse, sans adhérences, contenant de nombreux calculs. La voie principale parait normale.

Sur la radiomanométrie les passages sont satisfaisants, le cliché en résiduelle montre une excellente évacuation cholédocienne.

Notons que Madame B... n'avait eu aucun antécédent lithiasique avant la crise qui l'a conduite à l'hôpital. Elle a eu 11 enfants.

Elle n'a pas été revue depuis son opération.

Madame G... Jeanne, Agée de 63 ans,

est hospitalisée le 23 Octobre 1954 pour une crise de colique hépatique, survenue le 18 Octobre et suivie quelques jours après par un ictère surtout net aux conjonctives.

Depuis une dizaine d'années, Madame G... se plaint de petites crises douloureuses de l'hypochondre droit avec vomissements bilieux, sans subictère.

Dans les premiers jours d'Octobre, elle a déjà fait une crise de colique hépatique, sans fièvre et sans ictère.

A l'examen, on trouve le lendemain de son entrée, un foie qui est de volume normal. Il n'y a pas de signe de Murphy. La température est subnormale.

On trouve sels et pigments biliaires dans les

urines. Le tubage duodénal ramène du sable donnant une réaction positive à la biliverdine.

L'élimination de la brome-sulfone-phtaléine est perturbée.

Il s'agit d'un épisode d'obstruction cholédocienne transitoire. Sur les angiocholécystographies I.V., la vésicule est exclue.

Notons qu'il existe sur l'abdomen et les cuisses, des placards importants de xanthélasma. Le taux de cholestérol sanguin est à 2,20 g. °/₀₀.

Madame G... a eu 7 enfants.

Madame V... Eugénie, Agée de 65 ans,

est hospitalisée le 22 Septembre 1955, pour un ictère par rétention.

C'est à l'âge de 38 ans que la malade a eu sa première crise de colique hépatique. Depuis, elle en a tous les deux ou trois ans.

En 1954, elle a fait 4 crises de colique hépatique. Des radios sont faites qui montrent la présence de calculs. La malade subit en Janvier 1955, une cholécystectomie.

De Janvier à Septembre 1955, elle ne se plaint

de rien, mais le 16 Septembre 1955 : nouvelle crise de colique hépatique, douleur sous costale droite intense, irradiant dans le dos, accompagnée de vomissements bilieux.

Le 17, la température oscille entre 39° et 40°, un ictère apparaît le 22, lors de son entrée, la température est à 40°, l'ictère franc et généralisé.

L'examen abdominal est difficile en raison de l'obésité de la malade. Cependant, le foie semble de volume normal, l'hypochondre droit est douloureux.

Il existe une forte hyperleucocytose à 16.400 globules blancs, avec 92 % de polys neutros.

Les tests hépatiques de floculation sont normaux. Par contre, la rétention de B.S.P. est supérieure à la normale. L'examen de la bile a montré la présence de colibacilles.

On pense à une angiocholite survenant sur une lithiase du cholédoque. La malade est envoyée en chirurgie. Elle subit une intervention le 7 Novembre 1955. On trouve à la face inférieure du foie, entre cet organe et le duodénum, un magma d'adhérences scléro-inflammatoires que l'on doit sectionner prudemment.

Le cholédoque est souple, un peu large, mais il est le siège à sa partie inférieure, d'une sténose inflammatoire.

Après taille cholédocienne et duodénale, on fait une anastomose choledoco-duodénale.

Cette malade n'a pas été revue depuis.

Notons dans ses antécédents, 8 grossesses.

Madame M... Louise, Agée de 66 ans,

est hospitalisée pour des douleurs abdominales vives, brutales, l'ayant réveillée vers 4 h. du matin. Ces douleurs irradient dans le dos et vers les deux épaules. La température atteint à peine 38°. Elles s'accompagnent d'un syndrome occlusif. Pas d'ictère.

A l'examen, l'abdomen est un peu tendu. Le maximum des signes siège au niveau de l'hypochondre droit qui est empâté.

La radio d'abdomen sans préparation, montre outre l'existence d'images hydro-aériques, la présence de calcul vésiculaire unique, de la taille d'une noisette dont le centre est clair et les contours opaques.

Sur l'angiocholécystographie, la vésicule apparaît avec retard : 1 h.30.

Il existe une hyperleucocytose à 14.600 globules blancs, avec 78 % de polynucléaires neutrophiles.

Cette crise de colique hépatique est la première

manifestation de cette lithiase. Il n'y a aucun antécédent de douleur ou de troubles digestifs.

Madame M... a eu trois enfants. Aucun trouble hépato-biliaire au cours ou à la suite des grossesses. Pas plus qu'au moment de la ménopause à l'âge de 50 ans.

On décide de ne pas opérer, la malade étant d'une part diabétique, et d'autre part porteuse d'un rétrécissement mitral qui s'est compliqué d'accidents emboliques et de troubles du rythme.

Madame D... Mathurine, Agée de 68 Ans,

est hospitalisée le 27 Décembre 1955 pour une violente crise de colique hépatique, s'accompagnant de fièvre à 38° 5 et de vomissements bilieux abondants.

La douleur persiste pendant deux ou trois jours tandis que la température se maintient à 39°. Il n'y a pas de subictère localement il existe une défense.

L'interrogatoire apprend qu'il existe de longue date, une intolérance aux œufs et des migraines fréquentes, s'accompagnant de vomissements bilieux et de diarrhées pendant deux ou trois jours.

La première crise de colique hépatique s'est produite à l'âge de 32 ans. Des crises semblables,

parfois accompagnées de subictère, se sont reproduites de temps en temps puis sont devenues plus fréquentes, pour atteindre le rythme d'une toutes les trois semaines environ, en hiver 1955.

Devant la fréquence de ces crises, on décide l'intervention chirurgicale. Le 19 Janvier 1956, la malade subit une cholécystectomie : la vésicule est bourrée de calculs de la taille de grains de poivre et contient aussi trois calculs arrondis plus gros, de la taille d'une noisette.

La malade, revue en Avril 1962, va bien. Elle ne souffre plus. Elle a de temps en temps des épisodes diarrhéiques. Elle suit un régime. Mais elle a une insuffisance coronarienne. Un E.C.G. de 1958 montre des séquelles d'infarctus et un bloc de branche gauche.

SUJET AGÉ

Madame M... Angèle, Agée de 71 ans,

est hospitalisée le 14 Juillet 1961, pour des douleurs de l'hypochondre droit apparues 15 jours auparavant, irradiant le long du rebord costal droit, s'accompagnant de frissons. Ces douleurs survenaient deux heures après le repas du soir alors que la malade était couchée, et s'accompagnaient de vomissements.

Douleurs et vomissements d'abord assez espacés : tous les trois jours environ, sont devenus de plus en plus fréquents. La dernière crise, plus violente, a décidé la malade à se faire hospitaliser.

A l'interrogatoire, on retrouve la notion de crises douloureuses semblables, mais sans ictère, depuis une dizaine d'années environ.

A son entrée, on note un léger ictère conjonctival. La température est normale. On trouve un signe de Murphy net. Le foie est de volume normal. La température est à 38°4.

Le 20 Juillet, l'état de la malade s'aggrave, la douleur réapparaît plus intense, les vomissements sont incessants. L'abdomen est douloureux dans son ensemble, arrêt des matières. Sur la radio sans préparation de l'abdomen, on voit quelques niveaux liquides dans l'hypochondre droit.

On évoque la possibilité d'un iléus biliaire qui n'est pas confirmé. Par contre, devant la forte probabilité d'une lithiase cholédocienne, la malade est envoyée en Chirurgie. Mais au cours de son séjour dans le Service de Chirurgie, elle fait un accident vasculaire-cérébral : brusquement - sans perte de connaissance - désorientation temporo-spatiale et vertiges sans signe de localisation. Cet accident régresse en trois jours. Entre temps, l'ictère a régressé spontanément, la malade est apyrétique.

Un E.C.G. fait le 31 Août 1961 montre, outre des séquelles d'un vieil infarctus postérieur, une ischémie lésion antéroseptale.

L'angiocholécystographie I.V. montre un gros cholédoque, la vésicule n'est pas visible.

La malade sort sans avoir été opérée.

Madame L... Gabrielle, Agée de 71 ans,

entre à l'hôpital le 15 Février 1959, pour une douleur épigastrique intense, irradiant vers l'ombilic, profonde, s'accompagnant de nausées, de sueurs, de pâleur de dyspnée, et surtout d'angoisse. La tension artérielle est pincée 11 - 9. Le médecin qui l'envoie pense qu'il s'agit d'un infarctus myocardique.

Cette douleur se calme en une demi-heure, mais une heure après, apparaît une nouvelle douleur moins intense, en barre épigastrique à type de colique qui se calme progressivement.

La température est aux environs de 38°. Elle y reste plusieurs jours. Il existe un subictère. L'hypochondre droit est sensible. Il existe un point douloureux plus net sous costal à la limite de l'épigastre, le foie déborde de trois travers de doigt le rebord costal. A son bord inférieur, on sent une masse dure qui est sans doute la vésicule.

Il existe une hyperleucocytose à 13.200 avec 74 % de polynucléaires neutrophiles.

Sur l'E.C.G., il existe des signes d'ischémie prédominant en V4. Ces signes ont disparu sur l'E.C.G. fait 8 jours plus tard mais l'arythmie présente sur le ler E.C.G. persiste. Les tests hépatiques montrent un

cholestérol très élevé 3,05 g. % parmi les tests de floculation, seul le Kunkel-Phénol est anormal. La radio sans préparation montre une vésicule bourrée de petits calculs à facettes. Cette lithiase avait déjà été découverte 10 ans plus tôt, à l'occasion d'une crise douloureuse de l'hypochondre droit.

Madame L... a eu 2 enfants.

Madame M..., Agée de 71 ans,

entre le 15 Février 1962 à l'hôpital pour un syndrome subocclusif installé progressivement.

En effet, depuis le 8 Février 1962, elle se plaint de douleurs abdominales, surtout épigastriques, de constipation, les gaz sont rares. Puis s'installent les vomissements alimentaires puis bilieux.

Dans le courant de Janvier, la malade raconte avoir été prise une nuit de douleurs épigastriques intenses, lui arrachant des cris, la pliant en deux. Ces douleurs durent toute la nuit. Le lendemain, elle a 38°4. Il n'y a pas d'ictère.

Depuis cette première crise, la malade a toujours eu un peu mal au creux épigastrique - douleur permanente au cours de la journée, sans rapport avec les

repas.

A partir de cette date, elle a remarqué aussi qu'elle ne pouvait pas respirer à fond sans se sentir bloquée en fin d'inspiration par cette douleur.

L'interrogatoire apprend que depuis la puberté les règles se sont toujours accompagnées de migraines durant un ou deux jours : céphalée violente s'accompagnant de vomissements. La malade a eu deux grossesses et a subi en 1926 une hystérectomie sans que cela n'ait amené aucune aggravation de ses troubles.

Par contre, dès l'âge de 20 ans, elle se plaint de douleurs rhumatismales.

En 1953, apparaissent des troubles de la fonction vésiculaire ayant nécessité 18 tubages, mais la radio ne montre pas de calculs à cette époque.

En 1955 on découvre une hypertension artérielle et en 1959 apparaissent des douleurs précordiales d'effort irradiant au bras gauche s'accompagnant d'une sensation d'étouffement.

Des crises semblables surviennent en position couchée ; une crise a été accompagnée d'une hémiparésie faciale droite avec aphasie complète pendant quelques heures.

A son arrivée à l'hôpital en Février 62, on est donc en présence d'un syndrome subocclusif. Lorsqu'au bout

de quelques jours, il a disparu, on trouve un signe de Murphy manifeste. Il n'y a ni défense, ni contracture. Une cholécystographie orale montre une vésicule exclue. On fait alors une angiocholécystographie qui ne montre pas davantage la vésicule.

La malade est opérée le 19 Mars 1962: elle subit une cholécystectomie : la vésicule contient 32 calculs à facettes. Il s'agissait d'une cholécystite chronique banale.

Cinq jours après l'intervention, la malade fait une perte de connaissance en même temps qu'apparaissent une hémiparésie droite et une aphasie qui régressent rapidement.

Madame F... Marie-Louise, Agée de 72 ans,

accuse depuis une dizaine d'années des douleurs épigastriques à type de pesanteur post-prandiales avec sensation de ballonnements au creux épigastrique. Les malaises surviennent surtout après l'ingestion de féculents, de beurre cuit.

Le 21 Mars 1961, la malade fait une hématémèse de sang noir et c'est à cette occasion qu'elle est hospitalisée.

Devant cette hématémèse et la notion de douleurs

épigastriques mal définies, on s'oriente vers une affection gastrique. La radio d'estomac est normale. Par contre on découvre un calcul vésiculaire arrondi transparent, cerclé d'un liséré opaque.

Sur la cholécystographie par voie orale, la vésicule s'injecte bien et se contracte normalement.

Les tests hépatiques sont normaux.

La leucocytose normale.

On n'envisage pas d'intervention chirurgicale dans un proche avenir, des complications semblant fort hypothétiques. La malade revue en Avril 1962 se porte bien, accuse encore quelques pesanteurs de l'hypochondre droit, post-prandiales. Elle suit un régime sans graisse.

On ne retrouve aucune incidence hormonale sur les troubles hépato-biliaires.

Madame G... Marie-Jeanne, Agée de 74 ans,

est hospitalisée le 22 Avril 1962 pour céphalées et vomissements survenant par crises, depuis deux ans environ.

L'examen physique est entièrement négatif.

La cholécystographie par voie orale montre la présence dans la vésicule d'un calcul arrondi transparent.

On décide de ne pas intervenir en raison de l'âge.

Madame D... Emilie, Agée de 81 ans,

est hospitalisée le 13 Octobre 1954 car il y a un mois, elle a fait une crise de colique hépatique sans fièvre, suivie de plusieurs poussées ictériques et d'épisodes occlusifs successifs.

Cet ensemble pose le problème d'un iléus biliaire mais les examens radiologiques ne permettent pas de retenir cette hypothèse : les 3 calculs polyèdriques se projettent dans la vésicule.

Cette malade a déjà fait des crises de colique hépatique à 31 et 79 ans.

On recule devant l'intervention en raison de l'âge et de l'état de la malade.

Madame S... D... Blanche, Agée de 83 ans,

se plaint depuis 15 jours de douleurs épigastriques survenant deux à trois heures après les repas, s'accompagnant depuis 8 jours d'irradiations aux 2 épaules,

d'arorexie et de nausées, lorsque survient un frisson intense durant une demi-heure, suivi d'élévation thermique à 38° puis d'ictère, pour lesquels, elle est hospitalisée le 31 Août 1961. Lors de son entrée, l'ictère est franc, il existe une défense de l'hypochondre droit.

A l'interrogatoire, on ne retrouve aucun antécédent lithiasique ou dyspeptique.

La malade a eu 4 enfants.

A l'examen : le foie est de volume normal. La vésicule non perçue. Les tests hépatiques sont perturbés, il n'y a pas d'hyperleucocytose.

L'angiocholécystographie IV montre une vésicule exclue. Au bout de 8 jours, l'ictère a régressé complètement.

Il s'agit d'une poussée d'angiocholite aigüe survenant sur une obstruction cholédocienne résolutive.

Madame B... Célestine, Agée de 84 ans,

est hospitalisée le 31 Mai 1960 pour des troubles gastro-intestinaux faits de vomissements et d'épisodes de constipation de plus en plus rapprochés.

Depuis une dizaine d'années, la malade accuse : douleurs abdominales et constipation. D'autre part, elle

se plaint de céphalées, d'étourdissements, de vertiges en rapport avec une hypertension connue de longue date.

Cependant l'association à des vomissements fait quand même faire en 1958 une radio de vésicule qui montre l'existence d'un calcul vésiculaire arrondi.

Depuis le mois de Janvier 1960 la malade se plaint de vomissements assez importants, survenant une demi-heure après les repas et qui sont de plus en plus rapprochés. Ils ne s'accompagnent d'aucune douleur.

Finalement on conclue que tous ces troubles sont en rapport avec l'hypertension artérielle et on décide de ne pas traiter chirurgicalement cette lithiase latente.

Madame B... Marie, Agée de 88 ans,

est hospitalisée le 28 Mai 1957 pour un ictère chronique par rétention qui dure depuis 6 mois.

Depuis une dizaine d'années, il existe une intolérance aux graisses, aux œufs, aux sauces, pour laquelle elle suit un régime.

De temps en temps sont apparues des crises douloureuses de l'hypochondre droit avec irradiation vers l'omoplate droite. A l'occasion d'une de ces crises, elle est hospitalisée en 1955. On découvre alors que la vésicule est exclue, mais on n'intervient pas devant le grand âge

de la malade.

Il y a 6 mois est apparu un ictère évoluant par poussées. A chaque poussée correspond une douleur de la région hépato-vésiculaire et une élévation thermique.

Ces poussées régressent assez bien.

Mais le 22 Mai 1957, nouvelle crise douloureuse violente de l'hypochondre droit, suivie de température à 39° et d'ictère, la malade est alors hospitalisée.

A son entrée, la malade a un ictère franc généralisé, la température est à 39°.

A l'examen : le foie déborde de 3 travers de doigt le rebord costal, la vésicule n'est pas palpable.

L'hyperleucocytose est discrète : 9.200 dont 72 % de polynucléaires neutrophiles.

Les tests hépatiques sont normaux sauf le test de Hanger franchement pathologique.

Le taux d'urée sanguine oscille entre 0,55 et 0,75 g. °/₀₀, seules des radios sans préparation ont pu être faites : les calculs ne sont pas visibles.

Il s'agit d'une poussée d'angiocholite ictérigène. Parmi les antécédents, on note une grossesse.

C O N C L U S I O N S

La lithiase biliaire est une affection fréquente.

Plus fréquente à l'âge moyen de la vie, elle se voit aussi chez le sujet jeune et elle n'est pas rare chez le sujet très âgé.

C'est chez le sujet d'âge moyen que ses manifestations cliniques sont les plus typiques. Chez le sujet jeune, le diagnostic en est aussi facile, par contre chez le vieillard les signes sont souvent d'interprétation plus difficile.

Le problème thérapeutique n'est pas le même aux différents âges de la vie. Si chez le sujet jeune, l'indication opératoire est volontiers posée, chez le sujet âgé, on préférera le traitement médical chaque fois qu'il peut suffir. Chez le sujet d'âge moyen, on discutera en fonction du terrain entre le traitement médical ou chirurgical.

TABLE des MATIERES

Généralités sur la lithiase biliaire.

- Evolution
- Traitement médical de la lithiase biliaire 12
- Traitement chirurgical de la lithiase biliaire 1?

La lithiase biliaire du sujet jeune. 19

- La lithiase aseptique du sujet jeune
- Les autres formes de lithiase chez le sujet jeune
- Traitement de la lithiase biliaire du sujet jeune 28

La lithiase biliaire du sujet d'âge moyen. 31

- Lithiase biliaire et angor 32
- Lithiase biliaire et pancréatite 34
- Lithiase biliaire et ulcère gastro duodénal 36
- Lithiase biliaire et cancer vésiculaire 39
- Lithiase biliaire et ménopause 41
- Traitement de la lithiase du sujet d'âge moyen 43

Lithiase biliaire du sujet âgé. 47

- Traitement de la lithiase du sujet âgé 55

Observations. 58

conclusions. 88

- B I B L I O G R A P H I E -

- BERARD et MALLET Guy : Chirurgie et lithiase aseptique de la vésicule biliaire sans cholecystite. Presse médicale 1932.
- BOQUIEN et LENNE : Traitement médical de la lithiase biliaire. Revue du praticien. Déc. 61.
- BROCQ et ALBOT-FERNET : Pancréatites. Encyclopédie Médico-chirurgicale.
- CAROLI : Maladies des voies biliaires. Flammarion.
- CHABROL : Lithiase biliaire. Encyclopedie Médico-Chirurgicale.
- CHAMPEAU : Malades présentant un syndrome de la voie principale. Revue praticien Mai 1953.
- DELATTRE : Thèse Paris 1949. Lithiase du Jeune.
- DUBARRY. J.J. VINCENDEAU. TOURNERIE. DUBARRY Et. : Manifestations biliaires après castration. Comptes rendus de la Société française de gynecologie. Juin, Sept

- DUPUY - VALLIN : Calculo-cancer de la vésicule biliaire.
Gazette médicale de France 1960.

- EYROLLE : Lithiase biliaire et stenose du pylore. Thèse Paris 1948.

- FROMENT et GONIN : Angors intriqués.
Expansion médicale française.

- GERWIG et THISTLETHWAITE : Cholecystitis and cholethiasis in young women following pregnancy.
Surgery Déc. 1950

- HARVIER : Lithiase biliaire.
Revue du praticien. Mai 1953.

- HEPP et PERNOD : Traitement chirurgical de la lithiase vésiculaire.
Encyclopédie médico-chirurgicale.

- KAPANDJI : Traitement chirurgical de la lithiase vésiculaire sans cholecystite avec conservation de la vésicule.
Mémoire de l'Accadémie de chirurgie oct. nov. 59.

- LAHAM : Cholecystite lithiasique et maladie coronarienne.
Revue médicale du Moyen-Orient. Nov. Déc. 59.

- LAVIGNE : Lithiase compliquée du jeune.
Thèse Paris 1952.

- MANSIET : Association lithiase biliaire et ulcère gastro-duodénal. Thèse Bordeaux 1949-50.

- MASSION et LEONARD : Voies biliaires et gonades masculines et féminines. Revue internationale d'hépatologie 1953.

- PEQUIGNOT - DUBARRY : A propos de la chirurgie du vieillard dans une maison de retraite. Revue du praticien. Semaine des Hopitaux de Paris. Août 1959.

- TERZI - TETTI : Etude radiologique des modifications fonctionnelles biliaires en rapport avec le cycle menstruel. Comptes rendus Société française de gynécologie 1959.

- WALTER : Traitement médical de la lithiase biliaire. Revue du praticien. Mai 1953.

---ooOoo---